



Gdańsk, 21.12.2015

ZAMAWIAJĄCY: Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Gdańsku,
80-371 Gdańsk, ul. Jagiellońska 11, tel. (58) 553-02-61

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 7/2015/powtórne
w sprawie udzielenia zamówienia na zatrudnienie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej

Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo Koło w Gdańsku jako podmiot realizujący projekt „Poprawa samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez kompleksową rehabilitację – projekt wzorcowy organizacji pozarządowej w sektorze ochrony zdrowia” współfinansowany z Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, zwraca się z prośbą o wycenę swojej pracy na stanowisku lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w ramach projektu.

I. Szczegóły dotyczące przedmiotu zamówienia.

1. Przedmiotem zamówienia jest zatrudnienie na stanowisko lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej pracującego w ramach realizowanego przez PSOUU koło w Gdańsku projektu „Poprawa samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez kompleksową rehabilitację – projekt wzorcowy organizacji pozarządowej w sektorze ochrony zdrowia”.
2. Ilość godzin wykonywania porad to **200 godzin**.
3. Czas na zrealizowanie zamówienia zaczyna się od dnia podpisania umowy, najpóźniej do dnia zakończenia trwania projektu, tj. **31.07.2016 r.**
4. Akceptowaną formą zatrudnienia jest rachunek lub umowa zlecenie.

II. Obowiązki wykonawcy w ramach pracy na stanowisku lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej:

1. Udzielanie porad specjalistycznych, konsultacji lekarskich oraz innych czynności wchodzących w zakres obowiązków lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, skierowanych dla beneficjentów projektu,
2. Prowadzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych spotkań z podopiecznymi,

III. Obowiązki zamawiającego w ramach zatrudnienia lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej:

1. Udzielenie pełnej informacji dotyczącej beneficjentów korzystających z konsultacji,
2. Udostępnienie pomieszczeń do celów realizacji zamówienia,

IV. Opis warunków udziału w postępowaniu

Wykonawcy ubiegający się o realizację zamówienia muszą spełniać niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu:

1. posiadać wykształcenie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej
2. posiadać niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie rehabilitacji medycznej,



V. Wykaz wymaganych oświadczeń i dokumentów

Wykonawcy ubiegający się o udzielenie zamówienia zobowiązani są do złożenia:

1. formularza ofertowego (załącznik nr 1)
2. oświadczenia oferenta o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu (załącznik nr 2)
3. dokument stwierdzający, że osoba posiada wymagane wykształcenie

VI. Informacje o procedurze zapytania ofertowego:

1. Ofertę na załączonym formularzu ofertowym (stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania) należy wysłać na adres e-mail: sylwia.kobialka@psouu.gda.pl lub złożyć osobiście w siedzibie Zamawiającego - Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Gdańsku, ul. Jagiellońska 11, pok. 57, I piętro w terminie do dnia **31.12.2015r.** do godz. **12.00**.
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z oferentami oraz wszelkich wyjaśnień udziela: Sylwia Kobiałka-Żygo, tel. 58 553 02 61, e-mail: sylwia.kobialka@psouu.gda.pl
3. Oferta musi być podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.
4. Każdy wykonawca może złożyć jedną ofertę.
5. Przy wyborze wykonawcy Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:
cena ryczałtowa – 100%.
Oferta cenowa brutto będzie oceniana na podstawie poniższego wzoru

Cena brutto najniższej oferty

$$A = \text{-----} \times 100 \text{ pkt.}$$

Cena brutto ocenianej oferty

gdzie: „A” oznacza liczbę punktów przyznaną danej ofercie za cenę. Suma punktów będzie stanowić ocenę oferty.

6. O wynikach postępowania wykonawcy zostaną powiadomieni telefonicznie.
7. Z wybranym Wykonawcą zostanie podpisana umowa na realizację zamówienia.



Załącznik nr 2

Miejscowość, _____

OŚWIADCZENIE

Ja/my niżej podpisany/ni _____ działając w imieniu i na rzecz Oferenta:

Nazwa i siedziba Oferenta:

(proszę podać zgodnie z wpisem do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej)

NIP: _____ REGON: _____

KRS: _____

oświadczam/my, iż Oferent nie jest powiązany osobowo bądź kapitałowo z Zamawiającym, w szczególności poprzez:

1. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej z Zamawiającym,
2. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta bądź pełnomocnika Zamawiającego;
3. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli z członkami organu zarządzającego Zamawiającego.

PODPIS OFERENTA LUB OSÓB UPOWAŻNIONYCH



FORMULARZ OFERTOWY

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....
(dokładny adres Wykonawcy)

.....
(organ rejestrowy oferenta i numer rejestru)

NIP:

REGON/PESEL:

Odpowiadając na zapytanie ofertowe, po zapoznaniu się z niezbędną dokumentacją, składam niniejszą ofertę na: **pracę w charakterze lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w ramach projektu „Poprawa samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez kompleksową rehabilitację – projekt wzorcowy organizacji pozarządowej w sektorze ochrony zdrowia”** współfinansowany z Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, realizowanego przez PSOUU Koło w Gdańsku.

1. Stawka godzinowa:

_____ zł brutto/godzinę x 200 godzin = _____ zł brutto,

słownie _____

.....
data podpis osoby/osób/ uprawnionej

.....
pieczęć adresowa oferenta